使い捨てレンズ宅配申込書（ＦＡＸ版）をダウンロードいただき
ありがとうございます。

いつも当店をご利用いただきまして、誠にありがとうございます。
内容をご確認の上、必要事項を記入していただき、ＦＡＸ（０７８）３９１－４９０３まで、
ご返送くださいませ。お手数とは存じますが、よろしくお願い申し上げます。

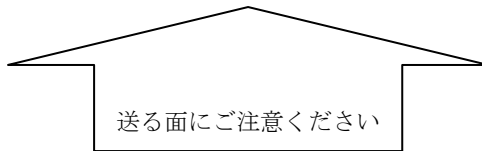
◆　お申し込みにあたっては、下記の規約に同意した上で、お申し込みください　◆

以下に該当する場合には、宅配での販売は出来ません。

- さんプラザコンタクトレンズでの使い捨てコンタクトレンズ購入が、今回お初めての方
- ご本人以外の方が申し込まれた場合
- ご使用の使い捨てコンタクトレンズが１週間連続装用タイプの場合
- お申し込み日が、松葉眼科医院での最終受診日より１年を超える場合
- 前回のコンタクトレンズ購入時に眼に障害があり、
  次回購入時に診察が必要と判断された方
- お申し込み使い捨てコンタクトレンズと、最終処方レンズが異なる場合

注意事項

- 宅配サービスにて、コンタクトレンズをご購入いただいた際には、眼に異常がなくても、
  眼科専門医である松葉眼科での受診をお薦めします。
- 宅配サービスでコンタクトレンズをご購入いただいた際の返品・交換は出来ません。
- お支払方法は宅配時に、代金引換となります。（ヤマト運輸利用・現金にて支払い）
- コンタクトレンズ代金の他に、送料＋手数料がかかります。
  （お届け先の地域によって変わります）
- お届けには、お申込日より約３～４日かかります。

※ご不明な点は、お気軽にお問い合わせくださいませ。
　TEL 078-391-4900

使い捨てレンズ申し込み契約書

申込日　平成　　　年　　　月　　　日

さんプラザコンタクトレンズ　FAX（078）391-4903

レンズ名		3ヶ月　・　6ヶ月

ご氏名	印	男・女	生年月日	S・H　　年　　月　　日
ご住所	〒　　　ー 都道 府県			
お届け先	＊お届け先がご自宅以外になる場合のみ、ご記入ください 〒　　　ー 都道 府県 お届け先TEL番号：　　　ー　　　ー			
ご連絡先	TEL番号：　　　ー　　　ー FAX番号：　　　ー　　　ー	保護者自署（満18歳未満の方のみ） 印		

配達時間	午前中	12時 ↓ 14時	14時 ↓ 16時	16時 ↓ 18時	18時 ↓ 20時	20時 ↓ 21時

＊　ご住所は、マンション・ビル名もご記入お願いいたします

使い捨てレンズ宅配サービスの受け取りに関する確認事項

- 眼に異物感、視力変化、充血、かゆみ、ドライアイ、アレルギー疾患等の異常、これらに類する自覚症状がありません
- 万一、眼に上述の異常その他の症状が発生した場合、速やかに検査にきます
- 取扱説明書、添付文書に従って、禁忌・禁止事項及び装用時間を遵守して使用します
- 第三者への譲渡・販売はしません

＊　注意　＊　ご本人が以上の内容を遵守しなかったことにより、
何らかの問題が生じた場合は自己責任となります

私はこれらの用紙に書かれた内容をすべて承諾した上で申し込みます	印